Dr Anna MOUTET
Ancienne externe des Hôpitaux

DES

FIBROMYOMES GANGRENÉS

non pédiculés de l'utérus

ET DE LEUR TRAITEMENT



A. STORCK & Cie, Imprimeurs-Editeurs. LYON
PARIS, 16, rue de Condé, près l'Odéon

1904

Dr Anna MOUTET
Ancienne externe des Hôpitaux

DES FIBROMYOMES GANGRENÉS non pédiculés de l'utérus ET DE LEUR TRAITEMENT



A. STORCK & Cie, Imprimeurs-Editeurs. LYON
PARIS, 16, rue de Condé. près l'Odéon

1904

Nous tenons à remercier vivement nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux et tout particulièrement ceux qui ont bien voulu composer le jury d'examen de ce modeste travail : M. le professeur Maurice Pollosson, dont l'enseignement éminent, soit à la Faculté, soit dans son service hospitalier où il nous accueillit avec son habituelle bienveillance, nous a été des plus utiles ; MM. les professeurs agrégés Bérard et Tixier qui ont été pour nous des guides sûrs et dévoués dans le cours de nos études. A l'aimable obligeance de M. Bérard nous devons pour notre thèse d'intéressantes observations.

A M. le professeur Auguste Pollosson, nous devons le sujet de cette étude que nous aurions voulue moins indigne d'un tel maître. Ce témoignage nouveau de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter ne peut qu'ajouter à la dette de reconnaissance contractée à l'égard du professeur et aussi de l'homme de cœur, qui dans toutes circonstances et les plus difficiles de notre vie a été pour nous et notre famille un soutien d'un inépuisable dévouement. Tout remerciement nous semble une

insuffisante expression de notre gratitude ; nous ne pouvons que l'assurer pour nous tous et bien respectueusement de notre sincère et profonde affection.

Nous n'oublierons pas non plus M. le professeur Gayet dont nous avons pu apprécier toute la science et la sollicitude pendant le trop court stage d'externat passé dans sa clinique.

Nous remercions aussi M. le Dr Thévenet pour son amitié qui nous a valu d'excellents et intéressants conseils qui se sont continués jusqu'à ce dernier acte de nos études scolaires.

INTRODUCTION

Un cas de fibrome de l'utérus opéré dans les conditions les plus mauvaises d'état général a suggéré l'idée d'étudier les fibromes interstitiels gangrenés en général et plus particulièrement leur traitement. Jusqu'en 1901, dans les divers articles, thèses et communications, on étudiait surtout les gangrènes des polypes fibreux qui sont assez fréquentes. C'est le Dr Louis Bisch qui dans une thèse remarquable eut le premier l'idée d'un travail d'ensemble sur la gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. Il est parvenu à réunir trente-sept observations dans toutes les publications françaises et étrangères sur la matière.

Bien que cette affection soit rare, nous sommes convaincue qu'elle est plus fréquente que les cas publiés ne le font paraître. Si l'on remarque que dans la plupart des observations le diagnostic a été fait ou pendant l'autopsie ou au moment de l'intervention, on peut penser que, dans un certain nombre de cas, ou l'on n'est pas intervenu, ou l'autopsie n'a pas

été faite et dans ces circonstances, les symptômes et la mort ont été mis au compte d'autres affections.

Nous insistons dans notre étude sur les symptômes de l'affection ; celle-ci est en effet des plus graves, mais nous pensons qu'elle peut avoir quelque chance d'issue favorable si elle est diagnostiquée à temps.

Dans la gangrène septique, le tableau clinique manque rarement.

Le plus souvent, tous les symptômes existent, mais l'essentiel, c'est de penser à la possibilité de cette affection dans le diagnostic différentiel.

L'urgence d'un diagnostic exact se manifeste ici plus qu'ailleurs, la septicémie pouvant mettre la malade hors d'état de supporter l'intervention.

Mais le diagnostic fait, à quelle intervention recourir ?

Nous avons cru bon de n'examiner dans notre étude que celle faite par la voie abdominale. L. Bisch a étudié la possibilité des interventions vaginales qui ont donné 100 p. 100 de mortalité, nous les laisserons de côté.

Dans les interventions abdominales, le procédé de la sus-vaginale a aussi 100 p. 100 de mortalité, parce qu'elle laisse un pédicule infecté dans le péritoine ; il n'y a que l'hystérectomie abdominale totale qui a donné quelques cas de guérison (21 p. 100).

Un taux si élevé de mortalité laissait place à la recherche d'autres procédés.

Il fallait avant tout protéger le péritoine. MM. Quenu, Vautrin et Goullioud tentent d'y parvenir en obturant avec un tampon de gaze stérilisée ou

avec les pinces le col de l'utérus pour éviter l'écoulement dans le péritoine du liquide septique (fait constaté dans presque toutes les observations).

M. Bisch met en lumière toute l'importance de cette protection sans donner un procédé précis.

M. le professeur Auguste Pollosson a pu, par un moyen très simple, obtenir des résultats très satisfaisants. Il met complètement le péritoine à l'abri de l'écoulement des liquides septiques.

Nous décrirons le procédé dans le chapitre du traitement et bien que nous n'ayons à l'appui que deux observations dans lesquelles on l'ait préconisé, nous pensons qu'on peut le recommander en face des résultats désastreux obtenus par tous les autres modes d'intervention.

Le plan de notre thèse sera le suivant :

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Étiologie et pathogénie.

Chapitre III. — Symptômes et diagnostic.

Chapitre IV. — Pronostic.

Chapitre V. — Traitement.

Chapitre VI. — Observations avec intervention par la voie vaginale.

Chapitre VII. — Observations avec intervention par la voie abdominale.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Avant l'époque contemporaine de l'hystérectomie on n'avait sur les fibromes de l'utérus que des notions confuses et incomplètes.

On confondait les sphacèles des fibromes non pédiculés avec les dégénérescences cancéreuses, quand on en soupçonnait l'existence.

Avec l'hystérectomie, on put étudier plus exactement ces tumeurs dans leurs connexions avec l'organe, en les distinguant des polypes pédiculés ou des fibromes sous-muqueux, interstitiels et sous-péritonéaux.

Levret en 1794 reconnaît, dans son ouvrage sur les polypes, la gangrène des polypes de la matrice et du vagin. « Ils peuvent, dit-il, s'enflammer, s'ulcérer et se mortifier. »

Les observations de Bird (1816), de Luroth (1827), de Lisfranc (1828), de Duplay (1833), Ruanet et Viardin (1835) signalent des cas de gangrène.

Malgaigne fait les mêmes constatations, mais sans formuler son opinion entre ceux qui croyaient à une

dégénérescence possible des fibromes mortifiés en cancer et ceux qui la niaient.

C'est Cruveilhier qui distingue le premier nettement la gangrène de la transformation cancéreuse.

De 1847 à 1874 on observe un certain nombre de cas de gangrène de corps fibreux de l'utérus occasionnant la mort soit par péritonite, soit par l'infection générale ou des polypes fibreux éliminés hors de la cavité utérine (Idgleby, Thirion, Limange, Loir, Russel, Baker-Brown, Dumesnil, Speigelberg.

Broca et Aran (1854 et 1858) décrivent les sphacèles des fibromes.

En 1875, Balade, dans sa thèse sur la gangrène des myomes de l'utérus, montre que les sphacèles existent, mais il insiste surtout sur le diagnostic différentiel avec le cancer de l'utérus, la rétention du placenta, les corps étranger du vagin et l'inversion de l'utérus.

En 1878, M. le professeur Poncet publie dans la *Gazette médicale* un cas de septicémie foudroyante à la suite d'un toucher vaginal sur une malade atteinte de fibrome de l'utérus.

Gusserow traite cette question dans son travail sur les néoplasmes de l'utérus. L'étiologie de la transformation des myomes est indiquée exactement par Gaillard Thomas (*Traité clinique des maladies des femmes*, 1879).

De nombreux auteurs ont traité la question depuis vingt-trois ans : en Allemagne, Hofmalke, Schmidt, Funke (*Sur la grangrène des fibromyomes utérins*, th. de Strasbourg, 1891).

En Angleterre : Hurry, Bayd, Baer, Sutton, Cullingsworth, Bernays, Chadwich.

En France : Berthault, Merner, Katz (th. de Nancy, 1884), Weiss, Agostini, Robert Pozzi, Damas, Hartmann, Mignot, Planque, Bousquet, Reboul, Potherat, Lasnier (th. de Bordeaux, 1898), Meslay, Hyenne, Claisse, Guéry.

Robert Pozzi signale notamment que les polypes utéro-vaginaux se gangrènent facilement.

Enfin L. Bisch en 1901 a fait une thèse très complète sur la gangrène des fibromyomes non pédiculés de l'utérus. C'est un travail d'ensemble qui n'avait encore pas été fait.

Depuis cette thèse on rencontre quelques publications d'observations sur la gangrène des fibromyomes non pédiculés, mais elles sont très rares.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie.

Les fibromes interstitiels atteints de gangrène putride sont très rares. M. Bisch, dans son étude sur la gangrène des fibromyomes de l'utérus non pédiculés, n'en a recueilli que trente-sept cas, en compulsant toutes les publications sur la matière jusqu'en 1901. Encore compte-t-il dans ces trente-sept cas un cas de gangrène aseptique.

Pour s'expliquer le mécanisme de cette affection, il faut remonter aux théories sur l'origine des fibromes. Pour les uns, avec Klebs, Kleichenvochter, Pilliet, Meslay et Hyenne (*Annales de gynécologie*, 1898), le fibrome est une maladie primitive du réseau vasculaire utérin.

Pour eux, le fibrome se développe autour d'un vaisseau en donnant naissance à des rangées de fibres musculaires lisses ; cette influence irritative atteint un certain nombre de vaisseaux, et par la réunion des nodules néoformés, se forme une masse fibromateuse.

Lorsqu'un grand nombre de fibres musculaires lisses se sont superposées autour du capillaire, les couches périphériques les plus éloignées du vaisseau ne reçoivent plus le sang en quantité suffisante ; elles disparaissent en faisant place à des faisceaux de tissu fibreux.

Le développement d'une coque fibreuse autour de la tumeur l'isole du tissus utérin et gêne la circulation au point de l'entraver complètement.

Les contractions utérines tendent à rendre le fibrome de plus en plus mobile dans sa loge, et à raréfier le tissu qui le circonscrit, de sorte qu'au bout d'un certain temps on le trouve séparé du muscle utérin par un espace cellulaire sillonné de quelques cloisons peu résistantes supportant des vaisseaux très grêles. Ces vaisseaux, soumis à des efforts, lorsque l'utérus se contracte, s'amincissent, s'allongent et finissent par disparaître dans les cloisons cellulaires où on ne les distingue plus des autres éléments anatomiques.

On voit donc que l'ischémie est très favorisée dans les fibromyomes.

Que secondairement certains germes septiques viennent contribuer au travail de désintégration pendant l'ischémie : la gangrène putride est formée.

Et il n'y a rien d'étonnant dans ce phénomène, le tissu ischémié et nécrobiosé qui n'est plus nourri est un *locus minoris résistentiæ* qui s'infecte avec la plus grande facilité et qui est un bon milieu de culture pour les microbes si nombreux des voies génitales.

Les autres auteurs défendent la théorie du microbisme latent.

Pour eux les suppurations et les gangrènes ne seraient que la terminaison ultime du développement de fibromes dont une inflammation périvasculaire n'est que le stade initial.

En 1887 (1) Galippe et Landouzy ensemençant de l'extrait de deux tumeurs fibreuses sur les milieux divers ont vu au bout de quarante-huit heures à trois jours, des microcoques sphériques en amas ou en chapelets, d'autres bâtonnets isolés réunis deux à deux.

Wheaten (2), en 1892, a trouvé dans une tumeur fibreuse atteinte de dégénérescence graisseuse et œdémateuse, mais ni sphacélée, ni suppurée, de grandes quantités de microcoques genre de zooglée.

M. Damas (3), en 1895, dans une série d'expériences en ensemençant des fragments de fibromes, enlevés très aseptiquement, sur des bouillons de cultures salés et peptonisés a trouvé des cultures de staphylocoques, de cocci et de streptobacilles.

Kollmann (4) a trouvé des microcoques et des bacilles mésentériques.

Mermet (5) a trouvé le staphylocoque. Ces constatations sont très importantes bien que MM. Landouzy et Galippe et M. Damas aient conclu que ces microbes

(1) *Société de Biologie*, 19 février 1887.

(2) Wheaten : *Obst. Transact.*, 1892, p. 187.

(3) Damas : Thèse de Lyon, 1895.

(4) Kollmann : *Klinisch med. Woch.*, février 1898, p. 140.

(5) Mermet : *Société anat.*, 1898.

ne sont pas pathogènes. Ils peuvent à un moment donné, sous une influence quelconque, reprendre leur virulence et produire les suppurations et les gangrènes.

Causes favorisantes.

1° L'ischémie, dont nous avons déjà parlé, est la première condition de la gangrène ; en produisant la désintégration du tissu, elle le rend plus susceptible de s'infecter.

2° La grossesse. — Ménière (1) ne croit pas à la grande fréquence d'infection pendant la grossesse ; Krükenberg (2) estime que c'est la cause prédisposante la plus importante avec ses douleurs et ses complications.

Pendant la période gravidique il se produit, d'une part, des modifications de structure au niveau du fibrome, qui facilitent son inflammation.

D'autre part, les fibromes compliquant la grossesse, soit en produisant un avortement, soit en nécessitant au moment de l'accouchement une intervention plus complexe (version, forceps) accroissent les chances d'infection de la cavité utérine et en même temps de celle de son propre tissu.

3° En outre des considérations que nous avons émises, il faut citer ce fait important, dont nous

(1) Ménière : Fibromytis simple et suppurée, *Gaz. de gynécologie*, 1888, n° 69.

(2) Krukenberg : *Arch. de gynécologie*, 1898.

avons vu des exemples, que parfois les vaisseaux observés à l'intérieur des fibromes sont tous et complètement thrombosés.

Ce processus, dans lequel entre peut-être un élément infectieux, semble préparer admirablement la tumeur à une évolution gangreneuse.

4° L'inflammation de l'endométrite se propageant à la capsule d'enveloppe du fibrome où siègent la plupart des vaisseaux, détermine des phénomènes d'artérite suffisants pour entraîner des troubles nutritifs du côté du fibrome.

5° Toute cause capable de produire les contractions utérines (ergot de seigle, cas de Broca).

6° Traitement par l'électrothérapie à cause des contractions qui peuvent en résulter.

7° Les traumatismes et les chocs sur la région abdominale.

8° Les dégénérescences épithéliomateuses des fibromes.

Cause déterminante.

La cause déterminante est toujours l'infection. Elle peut se faire par :

a) *La voie sanguine.* — C'est lorsque la malade a une affection microbienne générale, une grippe par exemple qui finit par la suppuration et la gangrène des fibromes.

b) *Voie directe.* — C'est la cavité utérine ; on le démontre surtout par le fait que les fibromes polypeux deviennent très facilement gangrenés. La septicité du conduit vulvo-vaginal prédispose aux infections. Les fibromes sous-muqueux qui évoluent du côté de la cavité utérine sont particulièrement exposés à la pénétration des germes infectieux, la muqueuse qui les recouvre présentant dans certains cas et dans certaines observations des micro-organismes abondants jusqu'au fond des culs-de-sac glandulaires.

Toutes les interventions chirurgicales avec fautes d'antisepsie, depuis le simple toucher vaginal, l'hystérométrie, la cautérisation, les caustiques, jusqu'au curetage et à l'ablation incomplète peuvent par infection produire la gangrène.

L'électrothérapie peut produire l'infection, à cause de la difficulté à entretenir les électrodes parfaitement aseptiques.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

Nous ne nous arrêterons pas sur les symptômes de la nécrobiose aseptique, cette affection n'ayant pas de tableau clinique. C'est la gangrène septique qui nous intéresse particulièrement.

Le tableau est dramatique.

Ce sont les douleurs qui dominent tout : elles sont intenses, continues, et sont comparées par les malades qui ont été mères aux douleurs d'accouchement. Dans un cas observé par M. Auguste Pollosson, il a trouvé sa malade accroupie dans son lit dans une attitude bizarre, souffrant et se plaignant d'une façon continue ; il fallut la soulager par une injection de morphine pour obtenir la possibilité d'un examen.

L'élévation de température est un symptôme de premier ordre dans les cas de gangrène putride ; elle n'a jamais manqué dans les observations citées.

La tumeur augmente subitement et rapidement de volume.

Dans l'observation de M. Auguste Pollosson, la tumeur examinée un mois auparavant était comparée au volume d'une tête fœtale ; elle était trois fois plus grosse au moment de l'observation.

La tumeur est généralement très douloureuse à la palpation et à la pression ; le toucher est douloureux ; le palper bimanuel est très pénible.

Le quatrième symptôme manque rarement dans les fibromes gangrenés. Ce sont les pertes fétides, séro-sanguinolentes ou franchement purulentes avec des débris sphacélés.

L'état général des malades est très modifié ; la céphalalgie, l'anorexie, l'amaigrissement, la fièvre tantôt par poussées, tantôt à grandes oscillations, tantôt continue autour de 39°5 à 40°.

Tels sont les symptômes classiques. Mais que de fois ces symptômes sont interprétés autrement et le fibrome gangrené diagnostiqué pendant l'opération !

Marche et complication.

Quelle sera l'évolution du fibrome, si on n'intervient pas ?

Sur dix-huit observations que nous avons recueillies, dont seize dans la thèse de M. Bisch, une dans la thèse de Guéry et une dans la thèse de Guyotat, nous avons constaté deux cas de guérison par élimination spontanée, mais ces cas sont excessivement rares pour les tumeurs sessiles qui sont en plein dans le tissu utérin avec ses connexions sanguines

et lymphatiques. La mort par septicémie est l'aboutissant logique de l'affection.

1° Le pus peut s'écouler au dehors, dans la plupart des cas, par le vagin, ce qui constitue un signe de diagnostic.

2° Il peut quelquefois évoluer vers le péritoine, et créer des adhérences avec la paroi abdominale, l'ulcérer et s'éliminer, mais c'est surtout vrai pour les fibromes sous-péritonéaux pédiculés. Des cas de cette nature ont été observés par Neugebauer (1), Lange (2) et Dumesnil (3).

3° L'ouverture dans les organes abdominaux est toujours très grave.

4° L'ouverture dans la cavité péritonéale est moins rare mais très grave.

Diagnostic.

Le diagnostic des fibromes gangrenés est très difficile ; il faut le chercher et songer à sa possibilité. Dans la plupart des observations on intervient en pensant à autre chose et en interprétant les symptômes en faveur d'une autre affection.

Au point de vue clinique il y a à considérer deux cas : l'existence de la tumeur est connue ou elle est complètement ignorée.

(1) Neugebauer (Ludwig), in *Monatschrift für Gebürts.*, numéro 28, 1886, p. 401.

(2) Lange (Frédéric), in *Annales of Surgery*, 1886, t. IV, p. 318.

(3) Dumesnil, in *Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 22.

1° Dans le premier cas, deux signes peuvent guider le diagnostic, c'est la douleur comparable à celle de l'accouchement et la fièvre ; si on y ajoute les écoulements d'une fétidité extraordinaire et l'augmentation de la tumeur le tableau est complet

Le premier diagnostic différentiel qui se pose c'est avec les fibromes compliqués d'annexites suppurées, avec les suppurations périannexielles.

Cette affection donne des douleurs comparables à celles des gangrènes de fibromes, la même fièvre; mais le toucher éclaircira la question. Il faut chercher une masse latérale ; si on la trouve, le diagnostic de gangrène est éliminé.

Dans les cas de fibromes suppurés étudiés par Guéry, ni les douleurs ni les pertes, qui n'ont pas de débris sphacélés, ne sont comparables à celles des gangrènes des fibromes.

2° L'existence de la tumeur est inconnue. On peut confondre les myomes gangrenés avec :

a) La torsion du pédicule ; l'absence de la fièvre, les signes physiques nous renseigneront ;

b) Avec les tumeurs suppurées des annexes, mais ces affections ont leurs caractères bien distincts des gangrènes des fibromes ;

c) Le diagnostic est très difficile à faire avec les affections postpuerpérales, ou avec la rétention placentaire ; la forme de l'utérus avec ou sans bosselures, ainsi que le caractère des débris donneront des indi-

cations utiles. Le toucher intra-utérin aidera à distinguer les débris de placenta ;

d) Avec la môle hydatiforme et l'inversion utérine ; mais ces affections ont des caractères trop différents pour qu'on s'y arrête.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Des cas d'élimination par les voies naturelles ont été observés, mais ils sont si rares dans toutes les séries d'observations publiées qu'il ne doit pas y avoir de discussion au sujet de l'attente d'une élimination spontanée ; elle ne doit jamais avoir lieu pour les fibromes interstitiels, donc se trouvant en plein tissu utérin. Dans les cas d'élimination spontanée, on peut encore faire des réserves sur le siège exact de la tumeur qui pouvait n'être autre chose que des polypes pédiculés.

L'élimination par l'intestin, la vessie, la paroi abdominale (cette dernière étant signalée) n'est pas d'un pronostic meilleur.

« Le pronostic opératoire est déplorable, écrit Bisch ; pratiquée dans les meilleures conditions de technique, d'asepsie, l'ablation des fibromes gangrenés donne une statistique effrayante.

« Les opérées sont emportées généralement par une septicémie suraiguë dans laquelle les phénomènes

de péritonite, lorsqu'ils existent, n'occupent qu'un rang tout à fait secondaire. Qu'il provienne de l'infection sanguine préexistante, dont le choc opératoire exalte la virulence, ou de l'infection par les lymphatiques, le résultat final est sombre.

CHAPITRE V

Traitement.

Les fibromes atteints de grangène septique seuls nous intéressent.

1° Traitement préventif :

Il faut être très prudent dans les examens de la tumeur et dans toutes les interventions palliatives (injection intra-utérine, électricité, cautérisation, hystérométrie, curetage).

Il faut prendre des précautions d'asepsie particulières chez les femmes gravides atteintes de fibrome de l'utérus.

Le traitement par l'injection d'ergotine est à rejeter de la pratique comme trop dangereuse. L'électricité a donné bien des mécomptes; les cas de fibromes publiés et traités par l'électricité ont fini par la gangrène; il est possible que par comparaison avec le nombre considérable de fibromes traités par l'électricité, les cas publiés soient peu à considérer, mais néanmoins nous pensons qu'il faut être très prudent dans le choix des électrodes; leur entretien en parfaite

asepsie étant très difficile, nous faisons toutes réserves sur la valeur de ce traitement.

Peut-on attendre et se contenter de l'expectation, quand l'affection est diagnostiquée ?

Lorsqu'on pratique une expectation trop prolongée, on peut voir la malade succomber à la septicémie après l'évacuation du foyer putride par la voie vaginale ou abdominale. Des cas de ce genre sont signalés dans la thèse de Guiyotat. Sur dix-huit observations que nous avons pu recueillir pour les fibromes interstitiels, nous avons seulement deux cas de guérison par élimination spontanée.

Les polypes fibreux gangrenés eux-mêmes abandonnés à l'expectation donnent de très mauvais résultats.

Le traitement médical ne peut avoir sa place que pour relever les forces des malades et les préparer à résister à l'intervention.

Traitement curatif.

Les injections intra-utérines antiseptiques ne sont pas à dédaigner pour préparer à l'intervention. Mais elles n'ont que cette valeur et il ne faut pas s'attarder et les pratiquer en espérant un effet curatif.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter tous les traitements qui ont été préconisés ; nous constaterons seulement qu'on a essayé d'intervenir par le curetage, ce qui est très dangereux, étant donné qu'il ouvre toute la cavité utérine à l'infection.

Nous éliminerons d'emblée l'hystérectomie vaginale bien que nous ne possédions qu'une seule observation, celle de Richelot (1). Les inconvénients sont les suivants : on opère tout le temps dans le pus, il est difficile de protéger le péritoine, on ne voit pas clair ; la gangrène du fibrome augmente le volume de l'utérus et rend l'hystérectomie vaginale inacceptable dans les fibromes gangrenés.

Nous publierons toutes les observations recueillies en les classant d'après le mode d'intervention.

(1) Richelot, thèse de Guéry, Paris, 1901.

CHAPITRE VI

Intervention par la voie vaginale.

OBSERVATION I

(Richelot, in th. de Guéry, Paris, 1901, p. 96)

Mme L..., soixante ans, a commencé à perdre du sang six ou sept ans après sa ménopause et a été traitée pendant dix-huit mois à Niort par des pansements vaginaux.

Depuis six semaines, fièvre, malaises, pertes très fétides, diarrhée.

Elle entre dans le service fin septembre 1896. Malade très cachectique, teint jaune, blafard, température 40°, état général grave. A l'examen, gros utérus, col normal, écoulement excessivement fétide ; le Dr Richelot pense à un cancer utérin.

Opération le 3 octobre 1896. Hystérectomie vaginale ; opération laborieuse (dure deux heures), à cause du volume de l'utérus et des précautions à prendre pour protéger le péritoine contre le contenu horriblement fétide de l'utérus. C'est un fibrome ramolli et putréfié.

La journée se passe bien ; le lendemain, température 37°2. Tout à coup, syncope et mort en quelques minutes.

OBSERVATION II

(Delestre, *Soc. anat.*, 18 m. 1898.)

Malade, quarante-neuf ans. Antécédents : écoulement roussâtre entre ses règles ; a la fièvre depuis le 14 mars.

Entre à l'hôpital avec le diagnostic de rétention placentaire et déjà dans un état général grave.

Elle a, sortant de l'utérus, une masse qui fait saillie dans le vagin, qui donne au toucher la sensation d'un placenta. Mais on constate que c'est un fibrome putréfié.

M. Lejars en fait l'ablation par la voie vaginale, la malade n'étant pas en état de supporter l'hystérectomie, elle succombe quelques heures après l'opération.

A l'autopsie on trouve en plus une trompe sphacélée et pleine de pus et des abcès miliaires dans le foie et les reins.

OBSERVATION III

(Nicoll, in *New-York med. Journal*, 1882.)

Fibrome sous-muqueux gangrené. — Morcellement. — Mort.

Quarante-neuf ans, une fausse couche, deux enfants, le dernier il y a dix huit mois. Bien réglée jusqu'à il y a deux ans. Depuis, règles viennent tous les trois mois.

Actuellement, volumineuse tumeur remplissant le vagin et l'utérus jusqu'à l'ombilic. En plus, autre masse à gauche de l'utérus, mobile et semblant un fibrome sous-péritonéal pédiculé. Les pertes continuent. Le 4 avril 1882, on pratique l'ablation de la tumeur par morcellement. Lavage intra-utérin à l'acide carbolique.

Mort le 5 avril. Septicémie.

Autopsie. — Paroi postérieure du vagin sphacélée, couverte d'une membrane grise.

Cavité utérine : 3 centimètres, tapissée également d'une membrane grise diphtéroïde sur sa paroi postérieure, cavité purulente de 5 centimètres de diamètre, pleine de débris putréfiés ; en ce point, la paroi utérine est réduite presque à la séreuse péritonéale.

OBSERVATION IV

(Alexis MOREAU, in *Soc. anat.*, 1850, p. 364.)

Fibrome gangrené après accouchement. — Morcellement. Mort.

Primipare, vingt-deux ans. Accouchement à huit mois. Il reste une tumeur indéterminée dans l'utérus. La fièvre apparaît.

Au neuvième jour, rupture d'une poche intra-utérine, écoulement de liquide séro-sanguinolent ; on croit à un deuxième fœtus.

Au quinzième jour, on trouve au toucher une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, développée dans la partie latérale gauche de l'utérus.

On l'extrait péniblement en plusieurs fois, masse ramollie, putréfiée.

La malade meurt trois jours après l'extraction.

OBSERVATION V (résumée).

(BOUSQUET, de Clermont-Ferrand, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 3 mai 1898.)

Fibromes sous-muqueux gangrenés. — Morcellement. Mort.

Malade âgée de quarante-cinq ans, vient à la consultation au mois de mars 1898. État général toujours bon. Il y a deux

ans que le ventre a commencé à grossir; un an après les hémorragies qui ont duré trois mois. Après ce temps tout rentre dans l'ordre. Au moment de la consultation, état général à peu près satisfaisant, mais la malade se plaint de douleurs sourdes et continues dans les reins et le bas-ventre.

A l'examen on constate : 1° utérus du volume d'une tête de fœtus et bourré de fibromes; 2° une masse mobile dans le côté droit de l'abdomen. On décide la laparotomie abdominale, l'ablation de la tumeur pédiculée et de l'utérus si les difficultés ne sont pas trop grandes.

Opération. — Le 28 mars la malade est endormie au chloroforme; ablation de la tumeur pédiculée qui se trouve être un ovaire sarcomateux.

L'utérus est du volume d'une tête de fœtus, très enfoncé sous la symphyse; son ablation semble devoir être laborieuse.

La malade supporte mal le chloroforme, on préfère refermer l'abdomen èt remettre à plus tard l'ablation de l'utérus par la voie vaginale.

Le soir même la malade est prise de douleurs lombaires et abdominales excessivement vives, absolument comme si elle allait accoucher.

La morphine seule calme les douleurs. Trois jours après la température monte à 38° le soir et le 2 avril on trouve entre les lèvres du col une masse grisâtre macérée, filamenteuse. Le col est largement ouvert et le doigt introduit dans l'utérus sent une masse qu'il est impossible de circonscrire; des lèvres entr'ouvertes s'écoule un liquide ichoreux d'odeur infecte.

Il s'agit d'une masse sphacélée qu'on essaie d'enlever séance tenante. On amène une masse du volume du poing, de couleur grisâtre, d'une odeur infecte. Mais ce n'est qu'une partie; on sent avec le doigt promené dans la cavité utérine plusieurs noyaux du volume d'une noix qui occupent la paroi postérieure et semblent vouloir s'énucléer. On enlève à la curette tout ce qu'on peut enlever, puis on fait passer un

courant d'une solution de sublimé à 1/1000; badigeonnage de la cavité avec la glycérine créosotée. La cavité est ensuite tamponnée avec un drain enveloppé de gaze iodoformée.

Un gramme de quinine par jour.

Dès le soir la température a baissé de deux degrés mais le lendemain elle monte à 39°.

L'état général est très mauvais, la soif vive, la respiration haletante.

La température retombe à 37° le 5 avril, mais elle remonte de nouveau malgré le nettoyage de la cavité utérine et la malade succombe le 11 avril avec tous les phénomènes de septicémie.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Bérard.)

Fibrome intra-cavitaire gangrené. — Morcellement ; mort.

Malade âgée de cinquante et un ans, envoyée à Sainte-Madeleine pour des accidents remontant déjà à plusieurs jours et caractérisés à la fois par des coliques très vives, les vomissements et un état général profondément altéré. Cette malade avait eu depuis plusieurs années des hémorragies qui s'étaient accentuées pendant les derniers mois et qui avaient cessé pour la dernière fois au début des accidents actuels. A la place des métrorrhagies elle a maintenant un écoulement séro-sanguinolent fétide d'odeur nauséabonde.

Les douleurs sont si vives que pour pratiquer l'examen on anesthésie la malade. On constate que dans le vagin plonge une masse noirâtre et d'odeur gangreneuse du volume d une tête fœtale.

A bout de doigt on arrive, à sentir entre la tumeur et le vagin un bourrelet aminci qui semble être l'utérus largement béant.

La température est très élevée, 39°, 39° 6, la langue sèche, l'abdomen un peu météorisé (constipation depuis plusieurs jours), l'urine rare, albumineuse.

Dès le lendemain on intervient par la voie vaginale. On peut ainsi en morcelant la tumeur l'extirper en totalité y compris son pédicule qui est inséré sur la paroi gauche et qui a environ la largeur de la paume de la main.

Au voisinage de ce point d'implantation la muqueuse utérine, fongueuse, épaissie, est elle-même infectée. On se contente de la nettoyer avec des tampons et de faire un large lavage au permanganate. L'opération a duré une demi-heure sans grande hémorragie ; tamponnement intra-utérin à la gaze indoformée stérilisée.

Injection de sérum ; néanmoins la température ne s'abaisse pas le soir, elle s'élève à 40° le lendemain, et la malade meurt au bout de deux jours.

Sur 5 observations de fibromes gangrenés traités par la myomectomie que nous avons trouvées, nous avons 5 morts.

C'est une statistique effrayante. On peut discuter l'intervention.

Elle peut être possible au cas de situation basse de la tumeur. Il y a des tumeurs sessiles dont la large base d'implantation forme comme un pédicule, qui remplit la cavité en élargissant l'isthme et le col de façon à donner une large voie d'écoulement au liquide septique. Dans ce cas la myomectomie est possible. M. le professéur Auguste Pollosson se rappelle avoir opéré un fibrome gangrené qui a élargi complètement la cavité utérine en effaçant le col, la malade a guéri. Dans de tels cas, étant donné que le col est largement ouvert, il est difficile de songer à l'intervention abdominale; la béance du col permettant d'ailleurs le large écoulement des liquides septiques permet d'espérer dans une certaine mesure un succès opératoire.

CHAPITRE VII

Intervention par la voie abdominale. Hystérectomie sus-vaginale.

OBSERVATION VII (résumée).

(Depla, in *Presse médicale belge*, 25 février 1896.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

Malade âgée de trente-sept ans, est très affaiblie au moment de l'opération ; fièvre tous les soirs, pouls à 140.

Hystérectomie sus-vaginale avec *enfouissement intra-péritonéal du pédicule*. Au moment de la section du col utérin, il s'écoule un peu de liquide purulent, fétide de la cavité cervicale.

Après l'opération la malade continue d'avoir de la fièvre et ne tarde pas à mourir.

OBSERVATION VIII (résumée).

(Thèse de Lasnier, Bordeaux, 1898.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

Malade M..., âgée de cinquante-huit ans.

Comme antécédents personnels : extraction d'un polype utérin par le Dr Demons à l'âge de quarante-huit ans avec des suites infectieuses post-opératoires.

La malade présentait des métrorrhagies graves, à la suite desquelles on l'a traitée par l'électrisation. Les pertes deviennent subitement fétides, l'état général très mauvais.

On opère malgré l'état général. Opération, hystérectomie abdominale, supra-vaginale, à deux travers de doigt au-dessus du vagin. Malgré toutes les précautious un peu de pus s'est écoulé dans le péritoine.

Hémorrhagie veineuse en nappe.

La malade meurt vingt heures après l'opération sans signes particuliers.

OBSERVATION IX

(NICHOLSON et EVANS, in *British medic. Journ.*, 2 février 1895.)

Fibrome interstitiel gangrené ouvert dans le péritoine. — Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

Malade âgée de trente et un ans, entrée à l'hôpital avec des symptômes de péritonite.

Antécédents personnels : une fistule vésico-vaginale et une pelvi-péritonite quatre ans avant.

A l'entrée, température 38°, pouls rapide. Langue suburrale, tympanisme abdominal, vomissements. Utérus fixe.

Laparotomie, anses intestinales distendues, caillots noirâtres avcc odeur fétide non fécale.

En écartant les caillots on introduit la main gauche dans le petit bassin et on sent l'utérus avec une tumeur ramollie attachée au côté gauche au fond.

On fait l'hystérectomie sus-vaginale avec le pédicule extra-péritonéal.

Il s'écoule un peu de pus dans le péritoine.

La malade meurt deux heures après.

OBSERVATION X

(CHADWICK, in *Boston medic. and surg. Journ.*, 29 avril 1897, p. 407.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

Malade âgée de soixante ans. Fibrome interstitiel depuis

longtemps. Les accès de fièvre depuis quatre mois. Dix jours avant le commencement de l'examen des pertes purulentes.

A l'examen une tumeur mobile non douloureuse. Le pus qui s'écoule par le vagin n'est pas fétide mais contient des streptocoques à l'examen bactériologique. Opération. Hystérectomie abdominale supra-vaginale, l'opération fut facile mais malgré les précautions *un peu de pus coula de la tumeur dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.*

La plaie abdominale se cicatrisa mais le moignon vaginal suppura. Incision et drainage du Douglas, mais malgré l'amélioration de l'état local la malade meurt par infection générale.

OBSERVATION XI

(Cullingworth, in *Transact. of obstetr. Society*, 1894, p. 268.)

Fibrome interstitiel gangrené.
Hystérectomie sus-vaginale. — Mort.

Soixante et un ans, ménopause à cinquante ans. Pas de pertes de pus. Tumeur abdominale du volume d'un utérus gravide à terme. A grossi surtout depuis décembre 1893. Gêne de miction.

Affaiblissement, fièvre et vomissements persistent depuis trois semaines.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale. La malade va bien pendant deux jours, puis les phénomènes de septicémie reparaissent et elle meurt le cinquième jour.

Autopsie. — On trouve 3 ou 4 onces de sang septique dans le moignon.

Examen de la tumeur. — Poids, 12 kilogrammes ; odeur de poisson pourri ; couleur gris jaunâtre ; à son intérieur, large cavité irrégulière, contenant un liquide d'odeur infecte, mélangé à du tissu nécrosé.

OBSERVATION XII

(M. Ed. Schwartz) (1).

La malade n'a jamais eu de ménopause, les règles avaient continué abondantes et irrégulières, sous forme de pertes, jusqu'au jour où s'installa un écoulement brunâtre, odorant, sans détérioration de l'état général. A noter les contractions utérines bien indiquées par la malade, ressemblant à celles d'un accouchement.

Tout en songeant à la possibilité d'un néoplasme, nous penchions plutôt vers le fibrome en désagrégation sphacélique et l'examen histologique des fragments éliminés par le col ne fit qu'accentuer notre conviction.

L'intervention dans ce cas pouvait plutôt offrir matière à discussion. La femme ayant dépassé l'âge de ménopause, il n'y avait pas à songer à une énucléation, ce que je considère comme très grave.

Fait curieux : les lavages intra-utérins ont fait disparaître rapidement toute odeur.

J'ai fait une hystérectomie abdominale subtotale. Après avoir bien fermé la cavité utérine, pour ne permettre aucune contamination, j'ai pratiqué le drainage abdominal du cul-de-sac de Douglas.

La malade a guéri.

Sur six observations que nous avons trouvées pour l'hystérectomie abdominale sus-vaginale, nous avons cinq cas de mort. Si nous y ajoutons les deux cas que cite M. le professeur Pozzi, dans sa discussion sur les hystérectomies pour fibromes,

(1) *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, séance du 6 juillet 1903; *Annales de gynécologie*, octobre 1903.

publiée le 15 décembre dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, nous avons un taux de mortalité très élevé ; sept cas sur huit, c'est-à-dire 87,5 p. 100 de mortalité.

Cette intervention a l'inconvénient de laisser un pédicule profondément infecté dans le péritoine ; d'autre part, il est difficile d'éviter, au moment de la section du col, l'écoulement du pus dans le péritoine, ce qui est arrivé dans les observations VII, VIII, X.

CHAPITRE IX

Hystérectomie abdominale totale.

OBSERVATION XIII

(Vautrin, *Annales de gynécologie*, 1878.)

Nécrobiose aseptique. — Guérison.

Mlle D..., âgée de quarante et un ans. Réglée à douze ans, elle n'avait observé les irrégularités dans la menstruation que depuis deux ans. Les métrorrhagies étaient devenues fréquentes et abondantes.

Depuis cinq mois la malade perdait constamment un liquide sanguinolent, dont l'abondance devenait inquiétante à chaque période menstruelle.

La malade était tombée depuis quelque temps dans un état d'anémie extrême et présentait des accidents d'œdème, de dyspnée et d'épuisement général.

La tumeur occupait surtout le côté droit ; sa consistance ferme, sa mobilité relative et son aspect régulier indiquaient une masse fibromateuse unique. Au toucher le col était petit et dur, la tumeur faisait relief dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la totalité de l'utérus.

L'extirpation totale de l'utérus par le procédé de combinaison de la méthode américaine et de celle de Doyen eut lieu. Le ventre fut fermé sans drainage. La malade guérit et put rentrer chez elle moins d'un mois après l'opération. L'utérus extirpé avec fibrome présentait une forme régulière. Sur une section verticale et antéro-postérieure, on constatait la présence d'une masse unique enchâssée dans le muscle utérin ; cette masse, d'aspect brun chocolat, donnait au couteau une sensation comparable à celle d'un fibrome demi-dur.

Il s'agissait d'un fibromyome de consistance égale en tous ses points, d'apparence uniformément brunâtre, sans parties ramollies et sans œdème interfasciculaire. La capsule limitante, très distincte, semblait séparée du tissu ambiant par un léger espace celluleux, que la sonde cannelée parcourait sans efforts en déchirant quelques maigres tractus qui constituaient les seuls moyens d'union avec les fibres utérines.

Le fibrome s'était développé dans la paroi postérieure de l'utérus, sans se mettre directement en rapport avec la muqueuse dont il était séparé par un tissu faible en réalité, mais encore appréciable. Il n'y a eu aucune trace d'inflammation ni sur la muqueuse ni dans le tissu sous-muqueux. La tumeur était en nécrobiose totale et elle restait à l'état de corps étranger aseptique dans le tissu utérin.

Malgré sa masse considérable elle était parfaitement tolérée.

OBSERVATION XIV

(Gatti, in *Il Policlinico di Roma*, 1896, n° 11, Chir., p. 324.)

Fibrome sous-péritonéal gangrené après un avortement. Hystérectomie totale. — Guérison.

Malade âgée de trente-trois ans, entre à l'hôpital de Turin le 23 février 1894.

Réglée à quinze ans. Fièvres intermittentes à dix-sept ans. Depuis deux ans les règles viennent tantôt tous les vingt-cinq, tantôt tous les quinze jours et durent sept à huit jours. Pertes blanches. Constipation habituelle.

Depuis deux ans la malade remarque dans la région sus-pubienne à gauche une tumeur du volume d'une grosse pomme ; elle ressent surtout aux époques menstruelles des douleurs lombaires.

Le 1er janvier 1894, après un intervalles de vingt et un jours, commence tout d'un coup une hémorragie considérable qui continue jusqu'à la fin de février.

Pendant tout ce temps la malade a souvent de la fièvre.

Dans la soirée du 22 février les pertes deviennent plus abondantes avec expulsion de gros caillots.

Le lendemain matin on transporte la malade très affaiblie à l'hôpital ; les pertes s'arrêtent spontanément.

Examen de la malade. — A la palpation abdominale on constate une tumeur arrivant à l'ombilic, globuleuse, de surface lisse, de consistance plutôt molle.

A l'exploration vaginale on sent une tumeur dépendant de l'utérus et un col mou assez dilaté pour livrer passage à deux doigts. On pense à une fausse couche ; la malade accuse en effet depuis quelques mois des nausées, des vomissements, des éblouissements, des modifications du côté des seins.

On porte le diagnostic d'endométrite déciduale suivant un avortement dans un utérus atteint de fibrome.

Le 22 février 1894, on fait un curetage qui ramène des débris divers que le microscope montre être des villosités choriales du tissu glandulaire et des cellules de pus. Malgré le curetage la température qui oscillait entre 39° et 40°3 descend d'abord à 38°5, mais reste les jours suivants à 38°6 le matin et 39° le soir.

En présence de cette fièvre persistante on décide d'intervenir.

Opération. — Le professeur Caile pratique l'hystérectomie abdominale totale ; il trouve une masse solide irrégulièrement ovalaire, très volumineuse, dépendant de l'utérus, non adhérente aux organes voisins.

Après l'opération la température descend à la normale et s'y maintient.

La malade quitte l'hôpital vingt-six jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de sept mois ; elle est dure dans sa partie postéro-latérale droite, elle est molle et fluctuante dans sa partie antéro-latérale gauche.

Le museau de tanche est mou et dilaté, sa muqueuse lisse. La cavité utérine, située sur le côté droit de la tumeur, est allongée et dilatée ; sa surface est lisse et dure ; elle présente un polype attaché au fond et deux petits fibromes interstitiels.

La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, là où on sent la fluctuation.

Si on incise au point ramolli à une profondeur de 2 centimètres, on arrive dans une cavité sphérique, du diamètre d'environ 12 centimètres, d'où coule un pus verdâtre, très fétide, contenant des débris sphacélés.

La partie postérieure de la tumeur a l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses.

Les parois de l'abcès ont une épaisseur de 2 centimètres en avant et une épaisseur minimum *de 1 cent. 1/2 en arrière le séparant de la cavité utérine.*

Annexes droites normales.

Ovaire gauche kystique.

Examen bactériologique et histologique. — On a trouvé du staphylococcus pyogenes albus.

La paroi de l'abcès est formée d'une membrane pyogène épaisse de 1 centimètre ; le tissu musculaire situé immédia-

tement au-dessus est infiltré de cellules purulentes et en voie de nécrose et de liquéfaction.

La trame musculaire qui sépare la cavité de l'abcès et celle de l'utérus est formée de tissu musculaire en dégénérescence nécrotique, riche en vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques; la lumière de ces vaisseaux sanguins est souvent oblitérée par une substance amorphe, décolorée par des cellules de pus et de microcoques longeant la paroi du vaisseau.

La paroi de la cavité utérine est dépourvue d'épithélium, ce qui n'est pas étonnant la malade ayant été curetée. On en trouve les traces dans les culs-de-sac des glandes qui persistent. A la surface du polype se trouvent des amas de cellules purulentes.

Le tissu conjonctif intra-glandulaire est en proie à l'infiltration purulente.

En somme, dans ce cas, il nous semble que le fibrome a interrompu la grossesse et produit l'avortement ; d'autre part, la grossesse a influencé le fibrome en déterminant le ramollissement d'une de ses parties ; enfin l'avortement, en produisant une endométrite septique à staphylocoques, a causé, par propagation vasculaire des micro-organismes au point ramolli du fibrome, la suppuration de la tumeur.

OBSERVATION XV

(Gatti, *Il Policlinico di Roma,* II, Chir., p. 318.)

Fibrome insterstitiel suppuré et gangrené.
Hystérectomie totale. — Guérison.

Malade âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital de Turin, le 25 mars 1895.

Mariée à trente ans, première et unique grossesse, il y a cinq ans. Dystocie, application de forceps. Durant l'accouchement le médecin s'aperçoit de la présence du fibrome.

Pendant cinq ans la tumeur grossit lentement, ayant une forme ronde et la situation médiane.

Il y a deux ans, la malade présenta pendant quelques jours des frissons prolongés, une température élevée et une augmentation d'intensité des douleurs à l'hypogastre et dans les lombes.

Dans ces derniers mois, développement rapide de la tumeur, constipation, état général assez bon.

Examen de la malade. — Maladie de Parkinson localisée à la main et à l'avant-bras droit.

Abdomen très augmenté de volume, surface régulière. Circonférence au niveau de l'ombilic égale 1 m. 04; au-dessous de l'ombilic 0 m. 99. La percussion dénote une matité de presque tout l'abdomen limitée en haut par une ligne de convexité supérieure, passant à 2 centimètres au-dessus de l'appendice sternal. Fluctuation et flot.

L'examen bimanuel montre que le col utérin est en connexion et se meut avec la tumeur. La ponction exploratrice ne donne rien.

Opération. — Le 4 avril, on trouve une tumeur molle et fluctuante. On fait l'hystérectomie abdominale totale.

A la suite de l'opération, très bon état général ; température, 38°7.

La malade quitte l'hôpital vingt jours après.

Examen de la tumeur. — Tumeur sphérique, de consistance molle, pesant 1 kilog. 600.

En l'ouvrant on trouve un sac plein de pus, tapissé d'une membrane pyogénique à l'extérieur de laquelle sont des tractus de tissu musculaire, d'une épaisseur d'un demi-centimètre.

Une autre partie de la tumeur est formée d'une masse de tissu musculaire œdémateux brunâtre en voie de nécrose,

du volume d'une tête de fœtus à terme ; contre cette masse, au côté droit de la tumeur totale, est située la cavité utérine, réduite à un canal où une sonde cannelée s'enfonce de 12 centimètres.

Le pus contient du staphylococcus pyogenes albus.

La masse myomateuse a une partie en dégénérescence œdémateuse, une partie en voie de nécrose avec infiltration de cellules de pus.

La muqueuse de la cavité utérine est pâle, son épithélium est aplati avec atrophie des lobes glandulaires.

OBSERVATION XVI

(Bisch, th. de Paris, 1901, p. 100.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Amélie V.., cinquante ans, entre le 5 juin à l'hôpital Cochin. Réglée à treize ans. Ménopause à cinquante-et-un ans. Très bonne santé habituelle. Pas de grossesse, pas de maladie antérieure.

Il y a dix-huit mois, pertes sanguinolentes qui deviennent rapidement brunâtres, visqueuses et légèrement fétides.

Ce caractère de fétidité s'accentua dans la suite jusqu'à devenir insupportable. L'état général devient mauvais, amaigrissement, dégoût, pâleur, affaiblissement.

Les pertes devenaient incessantes, très abondantes et surtout horriblement fétides. A l'entrée à l'hôpital, elle est plutôt comme intoxiquée que comme cancéreuse. Son ventre n'a pas augmenté de volume, la palpation n'y laisse pas sentir la tumeur.

Le toucher vaginal montre un col de forme et de consistance normales ; les culs-de-sacs sont libres ; l'utérus a le volume de deux poings ; il est très irrégulier et l'on sent à sa surface de nombreuses bosselures.

Le doigt ramène un liquide roussâtre, sanieux, horriblement fétide, d'une odeur très voisine de celle d'un épithélioma utérin, mais moins fade et plus pénétrante encore.

Température avoisinant 38° le soir. On porte le diagnostic de tumeur maligne ; M. Quénu décide une intervention abdominale.

Préparation de la malade par les injections intra-utérines à l'eau oxygénée, bains répétés, pansements humides de l'abdomen.

Opération le 27 juin. Laparotomie.

L'utérus est bourré de fibromes.

L'hystérectomie totale est décidée. Protection du péritoine. Désinfection du vagin. Il ne s'écoule pas de liquide *par le col grâce à un tampon de gaze qui l'obture.* Péritonisation. Suture de la paroi avec le drainage.

Injection de sérum.

38°6 le lendemain et le surlendemain.

La température baisse le troisième et le quatrième jour. Un petit abcès de la paroi traité par les pansements à l'eau oxygénée.

Le 28 août la malade est revue en parfaite santé.

Examen de la pièce. — Examen macroscopique suivi de l'examen histologique. Carcinome de la muqueuse développé sur un utérus fibromateux et s'accompagnant de gangrène.

OBSERVATION XVII

(Vautrin, *Annales de gynécologie*, 1898.)

Fibrome sous-muqueux gangrené. — Hystérectomie totale Guérison.

Une malade de cinquante-deux ans, Mme B..., se présentait à moi il y a deux mois avec une santé délabrée et un état général compromis.

Elle portait une tumeur fibreuse remontant à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic et éprouvait depuis quelque temps des pertes sanieuses et sanguinolentes continues.

L'amaigrissement s'exagérait, le teint prenait une couleur jaune paille, les membres inférieurs s'œdématiaient et une assez forte proportion d'albumine apparaissait dans les urines. A l'examen au spéculum, j'ai constaté la présence d'une *tumeur polypeuse prolabant dans le vagin.* Cette tumeur, d'aspect brun, laissait suinter un ichor fétide et se détachait en lambeaux sous l'influence de la simple préhension par des pinces. Comme l'utérus était fibromateux, je voulus déterminer si le corps polypeux engagé dans le col utérin était indépendant de la masse principale. Je dilatai l'orifice cervical et l'abaissement ne pouvant favoriser l'exploration digitale, je scrutai la cavité utérine avec l'hystéromètre. Je remarquai ainsi que le polype sphacélé n'était point pédiculé et qu'il se continuait et s'élargissait avec un fibrome interstitiel.

Dès lors je renonçai à tenter l'ablation par voie vaginale et après avoir sectionné au-dessus du col la partie procidente sphacélée, je fis préparer la malade par les lavages répétés antiseptiques à une intervention radicale.

Je fis au bout de quelques jours l'hystérectomie totale qui ne présenta rien de particulier. Je noterai seulement qu'aussitôt après l'ouverture du vagin, je saisis dans les mors d'une large pince à griffes, les deux lèvres du col, afin d'empêcher tout écoulement septique sur la tranche vaginale.

Par l'ouverture faite au vagin, j'introduisis successivement plusieurs compresses aseptiques qui, attirées par la vulve, ramonèrent le conduit ; une de ces compressss fut laissée dans le vagin jusqu'à la fin de l'opération.

Rien de plus facile que de relever à la façon de Doyen, le col utérin dégagé sur les côtés, et de le séparer sans toucher les parties cruentées du plancher vésical. Un drainage vaginal fut installé, puis le péritoine fut fermé hermétiquement dessus, et le ventre fut fermé comme dans les conditions habi-

tuelles. Les suites furent des plus normales. Quelques jours après l'intervention, l'état général se remontait, l'albumine et l'œdème disparaissaient et enfin la malade rentrait bientôt chez elle complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

(A. Martin, in *Normandie médicale,* 1898, p. 371.)

Fibrome sous-péritonéal. — Hystérectomie totale. Guérison.

Malade, quarante-huit ans.

Souffre depuis deux ans.

Le 15 mai 1898, elle ressent des douleurs très vives au côté gauche et dans les reins.

Le 30 mai, nouvelle crise douloureuse, pertes continuelles, rouges, foncées, épaisses, d'odeur fétide, comparables à du foie écrasé.

L'utérus, 15 centimètres.

Opération, le 15 juin 1898. Hystérectomie abdominale totale.

Les quatre premiers jours après l'opération, fièvre et accidents septiques dus sans doute à une erreur pendant l'opération : on a ouvert la cavité utérine au lieu du cul-de-sac postérieur. Guérison complète vingt cinq jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — 1 kil. 750, lobe saillant à gauche ; à la coupe, nombreuses cavités kystiques, géodes, presque sous-péritonéales, renfermant un liquide louche purulent avec débris déliquescents.

A droite, la tumeur est restée dure, mais tout le reste est en voie de ramollissement.

OBSERVATION XIX (résumée).

(Thèse de L. Bisch, Paris, 1901, p. 97.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

Mme S..., âgée de cinquante et un ans, se présente au mois de juillet 1902 à la consultation du Dr Quénu.

La présence d'un fibrome utérin avait été constatée depuis longtemps par plusieurs médecins.

La ménopause n'apporta aucune amélioration dans son état. Les règles disparurent, mais les métrorrhagies persistèrent.

En outre, depuis quelques mois, ces pertes sanguines prirent une coloration brunâtre et devinrent fétides. En même temps fièvre tous les soirs, perte d'appétit, affaiblissement, mauvais état général.

Au mois de février 1901, à la suite d'une perte plus considérable, les médecins, qui considéraient son fibrome en état de régression et déconseillaient une opération radicale, jugèrent à propos d'intervenir. Ils pratiquèrent des manœuvres intra-utérines, suivies d'un pansement. Le soir même, la température est à 40°5.

La malade continue à se cachectiser et à avoir des pertes fétides et sanieuses.

Lorsqu'elle est venue consulter le Dr Quénu elle était très affaiblie. Son état général était déplorable. Elle avait des pertes brunâtres excessivement fétides.

Au toucher on sentait un utérus du volume d'une tête de fœtus, bosselé, pas très mobile, les culs-de-sac étaient libres, le col légèrement entr'ouvert.

L'urine prise dans la vessie contenait un peu d'albumine.

Température le soir 38°, 38°5.

Opération le 13 juillet. Laparotomie. Deux salpingites. Adhérences à l'S iliaque et à l'épiploon.

L'hystérectomie. — Pendant la désinsertion du vagin et malgré la précaution de l'aide de ne pas comprimer l'utérus, en le réclinant, un petit pertuis s'ouvrit au niveau de l'isthme et il s'en échappa une matière brunâtre.

Protection du péritoine par des compresses. Fermeture du vagin, péritonisation. Suture de la paroi avec drainage au gros drain en caoutchouc.

Température le soir, 39°. Pouls, 120.

Le lendemain matin, température, 39°6. Pouls, 120.

Le soir, température 40°3. Pouls, 140.

Le troisième jour, la température est montée à 41°2, le pouls étant 160.

La malade mourut par septicémie le troisième jour.

Examen de la pièce. — Deux fibromes sous-péritonéaux du volume d'une petite orange, siégeant l'un sur le fond de l'utérus, l'autre au niveau de la corne droite. La paroi postérieure de l'utérus était occupée par une masse putrilagineuse du volume d'une mandarine, d'une coloration brun rougeâtre ; au centre, une cavité pleine de détritus semi-liquides et traversée par le tractus brun. Une mince coque de tissu utérin friable, d'ailleurs crevée en un point séparait ce foyer du péritoine. Du côté de la muqueuse utérine, une ouverture irrégulière, déchiquetée, faisait communiquer le foyer avec la cavité de l'utérus. Une odeur extrêmement fétide s'échappait de cette tumeur dégénérée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux de l'utérus ayant envahi le fibromyome et s'accompagnant de gangrène.

OBSERVATION XX

(ORTHMANN, in *Centralbl. für Gynecologie*, 1886, vol. XV, n° 45, p. 736.)

Fibrome gangrené ouvert dans le péritoine.
Hystérectomie abdominale. — Mort.

Quarante-deux ans, réglée à dix-huit ans, mariée depuis trois ans.

Dans ces dernières semaines, douleurs dans le ventre, fièvre et vomissements.

Douleur à la miction et à la défécation. Utérus gros comme une tête de fœtus à terme, rétrofléchi et fixé.

Canal cervical ouvert, on y sent une masse molle nécrosée, purulente.

Laparotomie. Péritonite généralisée, il s'écoule du pus épais et fétide dans la cavité péritonéale. En ce point le fibrome qui siège dans la cavité utérine a perforé la paroi de la matrice.

On enlève l'utérus et les annexes droites.

Mort le quatrième jour.

C'était un myome de 6 à 8 centimètres de diamètre, la perforation siégeant au niveau du fond de l'utérus.

OBSERVATIONS XXI et XXII

(Edebohls, in *Amer. Journal of Obstetrics*, 1891, p. 620)

Fibromes interstitiels gangrenés par galvanopuncture. Hystérectomie totale. — Mort dans les deux cas.

Premier cas. — Malade âgée de trente ans, célibataire, bien réglée jusqu'en décembre 1889.

En mai, 1889, douleur dans le côté droit de l'abdomen pendant six semaines.

En janvier 1890, métrorrhagies durant cinq semaines. On trouve une tumeur utérine remontant jusqu'à l'ombilic.

On essaie le traitement électrique ; du 15 février au 21 mai on fait vingt et une applications avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. Les hémorragies cessèrent, les douleurs disparurent. A la fin du traitement, la tumeur avait diminué de moitié.

Dix jours après, phénomènes de pelvi-péritonite. Cul-de-sac de Douglas distendu et douloureux. Pouls, 130 ; température 39°2. Phénomènes généraux graves.

Puis tout s'amende au bout de quinze jours.

Huit jours après, nouvelle crise, 38°; écoulement fétide par le vagin.

On fait un curetage ; les phénomènes de septicémie s'accentuent. On décide l'hystérectomie abdominale le 17 juillet 1890.

On fait le lavage intra-utérin ; on met la mèche dans l'utérus, on ferme le col.

On pratique l'hystérectomie abdominale totale. Opération de deux heures. La malade ne sort pas du shock opératoire et meurt quatorze heures après.

Examen de la tumeur. — L'utérus a une cavité de 12 centimètres ; il contient dans ses parois deux fibromes interstitiels, entièrement gangrenés et suppurés ; ils occupent la paroi antérieure de l'utérus ; le tissu utérin est infiltré de pus. La muqueuse utérine au contact de la tumeur est d'aspect diphtéroïde.

Deuxième cas. — Malade ayant un fibrome atteignant deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Traitée pendant deux mois par l'électricité.

On ne décide l'hystérectomie qu'un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Opération le 13 juin 1890. Hystérectomie abdominale totale. La malade meurt le lendemain.

A l'autopsie on trouve un fibrome nécrosé et suppuré de l'utérus.

OBSERVATION XXIII

(Hartmann et Mignot, in *Annales de gynécologie*, juin 1896.)

Fibromes interstitiels gangrenés. — Hystérectomie totale. Mort.

H. Ch., quarante-six ans, entre le 25 novembre 1895, dans le service du professeur Terrier à l'hôpital Bichat.

Réglée à quatorze ans. Règles abondantes durant cinq à six jours ; pas de métrorrhagie entre les règles.

La tumeur existe depuis quinze ans ; la malade ne se présente à l'hôpital que parce qu'elle a de la fièvre depuis une huitaine de jours.

La tumeur s'étend dans le sens transversal de l'épine iliaque droite à la crête iliaque gauche et dans le sens vertical de l'excavation au niveau de l'ombilic ; elle est dure, lobulée, mobile et indolente.

Au toucher, col petit ; au-dessus du vagin, le col s'évase pour se continuer avec la tumeur, pas d'empâtement, pas de douleur.

Opération. — Le diagnostic porté est un fibrome utérin enflammé. M. Terrier pratique l'hystérectomie abdominale totale le 30 novembre.

Opération facile, pas d'adhérences.

La malade meurt dans la soirée sans vomissements. Température, 37°6 ; pouls, 26.

On ne trouve rien à l'autopsie.

Examen de la pièce. — La tumeur pèse 2 kilogrammes ; quatre ou cinq tumeurs pédiculées sont appendues à la face postérieure. Une tumeur du volume d'un gros œuf, plus molle que les autres, est appliquée au milieu de la face supérieure.

Les annexes sont saines ; l'utérus a la surface lisse sans adhérences.

La tumeur est fendue par une incision longitudinale antérieure : on voit alors qu'elle est constituée par six ou sept fibromes, dont le plus inférieur a repoussé la cavité utérine à droite.

Ces fibromes sont tous très altérés mais à des degrés divers. Certains d'entre eux sont fermes, blancs, simplement entourés d'une atmosphère celluleuse qui a pris une teinte verdâtre, analogue à celle du tissu cellulaire des cadavres en putréfaction ; ces lésions de putréfaction s'enfoncent avec des prolongements de la capsule entre les lobules du

fibrome. D'autres présentent des lésions plus avancées et sont séparées du tissu utérin par une nappe de pus grumeleux. Un enfin est presque complètement détruit et transformé en une cavité putride.

Toutes ces parties nécrosées exhalent une odeur nauséabonde.

OBSERVATION XXIV (résumée).

(JACOBS, in *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1901, n° 41.)

Fibrome interstitiel gangrené. — Morcellement. Hystérectomie totale secondaire. — Mort.

Malade âgée de vingt et un ans, réglée à treize ans, n'a jamais souffert du ventre.

Dans les derniers mois de 1901, l'abondance des règles s'était accrue singulièrement.

L'abdomen depuis assez longtemps était développé.

La maladie datait de cinq semaines, la malade gardait le lit dans un état d'anémie profonde, répandant une odeur épouvantable.

Le ventre était très développé jusqu'à l'ombilic ; la palpation permettait de percevoir une tumeur arrondie, mobile, dépassant l'ombilic ; en rapport avec le col ; celui-ci ouvert, très ramolli. Il laisse échapper des débris putréfiés d'aspect sale, noirâtre.

Les renseignements écartaient toute idée de grossesse. Nous devions cependant hésiter entre la possibilité d'une rétention placentaire de quelques mois ou l'expulsion naturelle d'une tumeur utérine. Une intervention s'imposait.

La malade fut transportée dans une clinique et, peu d'heures après, ayant dilaté le col, je tentai d'extraire au moyen de la curette et de pinces le contenu intra-utérin. J'amenais au dehors une masse énorme de débris informes en putréfaction au milieu desquels nous pûmes déceler au microscope des restes de tissu fibreux.

La masse totale extraite était du volume d'une bonne tête d'enfant. Le doigt introduit dans la cavité utérine me permit de constater qu'il en restait une masse tout aussi volumineuse. Les derniers débris ayant occasionné par leur arrachement de petites hémorragies, je crus prudent de cesser ces manœuvres.

Je décidai de pratiquer l'hystérectomie totale lorsque l'état de la malade, le permettrait. Le soir de l'intervention, la température de 39°5; l'état général était très mauvais, pouls rapide, pâleur cadavérique, œdème du membre inférieur gauche, eschare au sacrum. Les pertes sanieuses ayant repris abondantes, trois jours après je pratiquai l'hystérectomie abdominale. Je multipliai les précautions d'asepsie d'usage. L'intervention n'offrit rien de spécialement intéressant.

L'utérus avait le volume d'une tête d'adulte et paraissait exsangue, de même que tous les organes abdominaux. Aucun liquide dans l'abdomen.

Je parvins à amputer l'utérus au niveau du col, sans épanchement de la plus petite quantité de sanie dans l'abdomen. Après section au thermocautère du col, je refermai les parois sans drainage. Suites immédiates rassurantes, température variant de 36°8 à 37°6. Aucun symptôme péritonéal.

Malheureusement l'état général est très mauvais malgré tous mes efforts pour le relever. La phlébite du membre inférieur reste stationnaire; les forces diminuent progressivement.

Le seizième jour la mort arrive brusquement, amenée probablement par embolie.

Analysons un peu les cas de guérison par l'hystérectomie abdominale totale. L'observation n° XII est une observation de fibrome interstitiel *nécrobiosé*, donc ne présentant pas la gravité opératoire des fibromes atteints de gangrène septique.

Dans les deux observations de Gatti, nos XIV et XVI, il s'agit de fibromes ne communiquant pas avec la cavité utérine, donc n'ayant pas la gravité des fibromes que nous étudions. Nous faisons toutes réserves sur l'observation n° XVIII de Martin, elle est trop incomplète pour pouvoir permettre une appréciation quelconque.

Sur dix-sept observations recueillies dans la littérature nous avons les trois cas sus-indiqués à éliminer ; il nous reste quatorze observations avec trois guérisons, ce qui donne une mortalité de 78,6 p. 100.

C'est une moyenne qui n'est pas en rapport avec les moyens actuels d'asepsie. Elle laisse place à la recherche de procédés plus parfaits.

Il y a lieu en effet de remarquer que dans les cas de mort relevés, celle-ci survient par infection générale. L'hystérectomie totale n'a donc pas supprimé les foyers d'infection.

Dans la plupart des cas comment cela se fait-il ? La difficulté de protection du péritoine est une des causes du taux élevé de mortalité. L'écoulement du liquide septique dans la cavité péritonéale crée en effet un nouveau foyer d'infection au moment où l'on supprime le foyer principal. Cette protection du péritoine est donc essentielle. Cette nécessité a été reconnue par tous les auteurs qui ont traité de la question. Ils ont préconisé des procédés divers.

Dans les deux cas d'intervention avec guérison de Vautrin et Quénu, on procède à l'obturation du col tantôt par un tampon de gaze, tantôt par une pince. M. le Dr Goullioud, à la discussion de la Société de

chirurgie de Lyon, a conseillé de suturer le col avant l'opération et de cautériser les parties supérieures du vagin. C'est un moyen d'éviter l'écoulement du pus dans le péritoine, mais le tampon peut tomber et d'autre part certains cols, surtout dans l'état d'infection, sont impossibles à suturer.

On est alors obligé de chercher une autre solution.

Pour ces cas M. Auguste Pollosson propose de revenir à l'hystérectomie avec pédicule externe en utilisant la technique suivante : la tumeur attirée au dehors est transpercée par des broches et étreinte par un tissu élastique ; à ce moment le péritoine pariétal est suturé au pédicule utérin au-dessous de la ligature ; le péritoine est fermé dans toute son étendue, puis le plan musculo-aponévrotique, puis la peau et ce n'est qu'à ce moment que la tumeur infectée est amputée au-dessous de la broche et du tissu élastique. La séreuse est ainsi mise à l'abri de toute infection opératoire.

Le pédicule conservé est le plus souvent volumineux ; il se trouve infecté par la portion de la cavité utérine qu'il contient ; aussi est-il nécessaire de l'extirper secondairement.

M. Auguste Pollosson procède par une méthode qu'il avait préconisée il y a dix ans et à laquelle il avait donné le nom d'extirpation secondaire précoce du pédicule.

Sept ou huit jours après l'opération primitive, le moignon utérin est attaqué avec des pinces et des ciseaux et extirpé par morcellement. On enlève d'abord la portion située hors de la broche et du lien

de caoutchouc; puis quand la ligature élastique est enlevée, le moignon sous-jacent est extirpé par morceaux jusqu'au col. Cette extirpation est faite sans anesthésie, la portion excisée est mortifiée et ne saigne pas.

S'il survient une petite hémorragie, on interrompt le travail d'extirpation qui est complété un jour ou deux plus tard. Le plus souvent l'extirpation totale est possible en une seule séance. Quand le moignon utérin est extirpé, on établit un drainage abdomino-vaginal, le drain passant par l'orifice externe du col encore représenté par un petit bourrelet.

Ce drainage est maintenu dix ou quinze jours, puis supprimé. La cicatrisation complète est obtenue dans une période de vingt à vingt-cinq jours, à partir du jour de l'opération.

Les cas relativement rares où les fibromes deviennent le siège de suppurations interstitielles diffuses peuvent être identifiés au point de vue clinique avec les cas de gangrène.

Les deux observations de fibromes gangrenés opérés par le procédé de M. le professeur Auguste Pollosson finiront notre série d'observations.

OBSERVATION XXV

(Thèse de VERMULLEN, Lyon 1901.)

Fibrome gangrené intra-cavitaire. — Hystérectomie à pédicule externe avec extirpation secondaire précoce du pédicule. — Guérison.

Malade âgée de quarante-huit ans, mariée et multipare. Cette malade avait pendant les dix dernières années con-

sulté à diverses reprises plusieurs chirurgiens de la région lyonnaise à propos d'une tumeur fibromateuse qui augmentait légèrement l'importance des hémorragies menstruelles. L'utérus, d'après les chirurgiens consultés, était du volume d'une tête fœtale et en raison du peu de gravité des symptômes, en raison de l'évolution lente de la tumeur et aussi de l'âge de la malade, tout le monde avait conseillé l'abstention.

Au mois de novembre 1901, cette malade, qui n'avait jamais souffert véritablement de son utérus, fut prise brusquement de phénomènes douloureux, situés dans toute la région sous-ombilicale de l'abdomen qui prirent rapidement une intensité vraiment effrayante. La malade souffrait pendant des périodes de huit à dix heures, de douleurs analogues à celles de l'accouchement et sans interruption ; puis, après quelques heures d'accalmie, une nouvelle phase douloureuse se reproduisait. En même temps était apparu un état fébrile et la température vespérale dépassait 39° ; l'état général était mauvais et la malade devenait rapidement pâle et anémiée. M. Auguste Pollosson, appelé auprès de cette dame qu'il voyait pour la première fois, la trouva accroupie dans son lit dans une attitude bizarre, souffrant et se plaignant d'une façon continue et il fallut soulager la malade par une injection de morphine pour obtenir la possibilité d'un examen.

On constata l'existence d'un fibrome, du volume d'une grossesse de cinq mois, beaucoup plus volumineux, par conséquent, que lors des constatations précédentes dont nous avons parlé. L'utérus, régulier, dur et tendu, était à peu près uniformément douloureux à la palpation.

Par le toucher, on remarquait que la tumeur ne plongeait pas dans le pelvis ; un col de nullipare était resté long et fermé, il y avait à peine dans le vagin quelques gouttes de sérosité rosée. Devant l'intensité des douleurs. M. Pollosson décida la malade à se faire transporter à Lyon pour être opérée.

Le voyage eut lieu le lendemain et pendant le trajet, la malade expulsa par le vagin deux petits débris gros comme l'extrémité du petit doigt, constitués par du tissu fibromateux grisâtre.

Un nouvel examen étant pratiqué on constata que le col, fermé la veille, s'était légèrement entr'ouvert, sans permettre pourtant au doigt de pénétrer dans la cavité utérine. Il s'écoula par le vagin une certaine quantité de sérosité sanglante, légèrement odorante. M. Pollosson pratiqua une hystérectomie abdominale avec pédicule externe. La pièce enlevée représentait un utérus dans l'intérieur duquel une masse fibromateuse unique était développée; le fibrome implanté encore sur le tissu utérin par la moitié de sa surface bombait par l'autre moitié dans la cavité utérine déformée et agrandie ; l'ensemble du fibrome présentait un état œdémateux avec un aspect grisâtre en certains points, bleuâtre et violacé en d'autres points ; et sur une partie de la surface, du côté de la cavité utérine, une zone ulcérée correspondait à des débris de fibromes effilochés. La malade, dont la température était élevée sous l'influence de la gangrène de la tumeur, vit sa fièvre tomber dès le soir de l'opération.

La guérison eut lieu sans complications, le pédicule externe fut secondairement extirpé dès les premiers jours ; la guérison était complète au bout d'un mois; le soulagement des douleurs avait, bien entendu, suivi immédiatement l'opération.

OBSERVATION XXVI

(Communiquée par M. le professeur Auguste Pollosson.)

Mme C..., âgée de vingt-sept ans, a eu un accouchement normal il y a quatre ans ; deux fausses couches dont la dernière date d'un an.

Les règles toujours régulières sont habituellement très abondantes et ont une durée de huit jours.

Au mois de septembre 1903 au moment des époques la malade perd de gros caillots, puis un écoulement de sang persiste pendant tout un mois jusqu'au milieu d'octobre où la malade entre à l'hôpital. En même temps des douleurs s'installent au niveau de l'hypogastre avec irradiation dans les reins ; d'abord sourdes, puis devenant progressivement plus intenses.

L'utérus, de forme régulière, présente le volume d'une grosse tête fœtale. Le col est entr'ouvert; on sent une masse mollasse répandant une odeur infecte et qui est prise tout d'abord pour du placenta.

En effet M. le Dr Repelin appelé un soir auprès de la malade la trouva tellement souffrante avec des coliques et des pertes qu'il songea à une fausse couche.

Il se prépara à enlever un placenta putride ou des débris placentaires, et après avoir dilaté le col il ramena avec la curette ou avec des pinces des lambeaux sphacélés.

A ce moment il fut amené à faire le diagnostic d'un fibrome gangrené en raison de la consistance des débris et du volume de la masse implantée par une large surface dans la cavité utérine.

Craignant de ne pouvoir faire par les voies naturelles une extirpation complète et satisfaisante, il interrompit son intervention.

La malade entra à l'hôpital dans le service de M. Auguste Pollosson le 16 octobre ; elle fut gardée en observation pendant quelques jours, pendant lesquels on tâcha de faire la désinfection au moyen des injections intra-utérines. Mais les douleurs continuaient, ainsi que les pertes fétides et la température s'éleva progressivement jusqu'à 39°5.

Le 22 octobre, M. Pollosson intervient par la laparotomie, reconnaît la présence de l'utérus fibromateux qu'il extériorise ; il place une broche au ras de l'orifice abdominal, puis une ligature élastique.

Il fait alors les sutures des divers plans (péritoine, muscles, peau), et c'est seulement lorsque l'abdomen est fermé qu'il enlève l'utérus, qu'il sectionne, en partie au thermocautère, en partie au bistouri, en prenant des précautions de protection au moment de l'ouverture de la cavité utérine.

Après cette intervention, la température de la malade commence à baisser progressivement. Le 28 octobre, elle était encore à 38°2. Le 29 octobre, on fait l'ablation du pédicule mortifié par section, aux ciseaux. On enlève en une seule séance la totalité du moignon utérin jusqu'au col, dont il ne reste plus qu'un anneau. On passe un drain abdomino-vaginal, lequel traverse l'orifice cervical ; à partir du moment où ce drainage est établi, la température devient complètement normale et oscille entre 37°1 et 37°4.

Le 4 novembre, on remplace le drain abdomino-vaginal par un autre moins volumineux.

Le 20 novembre, on enlève le drain et le 26 novembre la malade peut quitter l'hôpital avec la cicatrisation terminée et un état général excellent.

CONCLUSIONS

1. La gangrène putride des fibromyomes interstitiels et sessiles de l'utérus est rare.

2. La condition favorisante de cette affection, c'est l'ischémie.

3. La cause déterminante, l'infection.

4. La gangrène septique des fibromes utérins se manifeste par :

a) L'élévation de température qui atteint 39°5 à 40° ;

b) L'apparition des douleurs intenses expulsives ;

c) Les pertes fétides avec des débris sphacélés ;

d) L'augmentation du volume de l'utérus.

5. La gangrène des fibromes non pédiculés est très grave. Abandonnée à elle-même, elle se termine par la septicémie. Les interventions diverses, comme l'hystérectomie vaginale, la myomectomie, l'hystérectomie subtotale ont donné de très mauvais résultats.

6. C'est l'hystérectomie abdominale totale qui a donné les meilleurs résultats avec la protection extrême du péritoine.

7. Cette protection est faite d'une façon très sûre et très simple dans le procédé de M. le professeur Auguste Pollosson. Extériorisation de la tumeur avec une broche; placement d'une ligature élastique sous la broche. Fermeture du péritoine, du plan musculo-aponévrotique de la peau autour de la tumeur. Ablation de la tumeur au thermocautère. Extirpation secondaire précoce du pédicule au bout de cinq, six ou sept jours. Drainage abdomino-vaginal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AGOSTINI. — Du sphacèle des fibromes utérins, *Montpellier Médical*, 20e série, V, p. 397.

AZOIN. — Elimination spontanée des tumeurs fibreuses.

BAER. — Gangrenosum fibroid tumour of the uterus, Philadelphia, 1885.

BAKER BROWN. — Report of a case of fibroid tumour of the uterus, *Obst. Trans.*, London, 1860.

BALADE. — Etude sur la gangrène des myomes utérins.

BAYLE. — Corps fibreux de la matrice (*Dict. des sciences médic.*, t. VIII, 1813).

BASTARD. — Thrombose veineuse dans les fibromes, th. Paris, 1895.

BERNAYS. — Fibrome avec pelvipéritonite, *Traité des mal. des femmes*, t. II, p. 245.

BÉRARD. — Fibrome dégénéré de l'utérus, *Lyon médical*, janvier 1896.

BISCH (Louis). — La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés, thèse de Paris, 1901.

BIRD. — Notes on a case of uterine polypus terminating in fatal sphacelation, *Med. chirurgic. Journal*, London, 1816.

BŒFFEN. — Les fibromes de l'utérus, th. de Paris, 1895.

BOUSQUET. — Fibrome de l'utérus sphacélé, septicémie consécutive, *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, 3 mai 1898.

BRAYTON HICKS. — Volumineuse tumeur fibreuse gangrenée, *Obstetr. Transact.*, London, 1866, t. VII, p. 110.

BROCA. — *Traité des tumeurs*, t. II, 1869, p. 252.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 15 décembre 1903.

BUSCH. — Dégénérescence graisseuse et suppuration des fibromes, *Müller's Archiv*, 1851, p. 358.

CHADWICK. — Fibrome infecté, *Boston medic. and surg. Journ.*, 1897, vol. CXXXVI, p. 407.
CHIARI. — Klin. der Gebur. med. Gynäk. Erlanger, 1855, p. 401.
CLAISSE. — Développement des fibromes, th. Paris, 1900.
CLIVIO. — Deux cas de putréfaction des myomes, *Gaz. med. di Pavia*, 1892, t. I, p. 145.
COFFIN. — Etude sur les complications des fibromes de l'utérus, th. de Paris, 1895.
CRUVEILHIER. — *Anat. path. générale*, t. III, p. 685.
CULLINGWORTH. — *Trans. obst. Soc.*, London, 1894, t. XXXVI, 1897, t. XXXIX, p. 282 ; 1895, t. XXXVII, p. 284.
DAMAS. — Sur les complications infectieuses des fibromes, th. de Lyon, 1895.
DARTIGUE. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.
DELESTRE. — Fibrome sphacélé, *Soc. anat.*, 1898.
DEMARQUAY. — Fibrome gangrené, *Soc. chirurg.*, 22 juin 1859.
DEPLA. — Myome suppuré et coli-bacille, *Presse médicale belge*, 23 février 1896.
DUMESNIL. — Fibrome éliminé à travers la paroi abdominale, *Gaz. des Hôpitaux*, 1869, p. 22.
DÜHRSSEN. — Hystérectomie abdominale pour gangrène d'un fibrome sous-muqueux, *Berlin. klin. Woch.*, 11 juin 1895.
DUPLAY. — Ramollissement gangreneux de l'utérus.
EDEBOHLS. — Uterus containing in its walls two gangrenous fibromas, *Amer. Journ. obstetr.*, New-York, 1891, t. XXIV, p. 620.
EMPIS. — Fibrome suppuré, *Soc. anat.*, 1868, p. 238.
FUNKE. — Ueber gangrenöse Fibromyome, inaug. Diss.,Strassburg, 1891.
GALIPPE ET LAUDOUZY. — *Société de biologie*, 19 février 1887.
GATTI. — Deux cas d'abcès central dans un tbrome,in *Il Policlinaco di Roma*, 1895.
GIRAUDEAU. — *Soc. anat.*, 1882, p. 353, *Progrès médic.*, 1883, p. 204. Fibrome et septicémie gangreneuse, *Arch. de Tocologie*, 1883, p. 236.
GUYOTAT. — De l'élimination des fibromes utérins par gangrène et suppuration, thèse de Lyon, 1898.
HARTMANN ET MIGNOT. — Note sur la suppuration gangreneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine, *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, 1896, t. XIV, p. 425.
HYENNE. — Dégénérescence des fibromes, thèse de Paris, 1898.
IDGLEBY. — *Lancet*, 1844, t. I, p. 718.
JACOBS. — *Policlinique*, Bruxelles, 1897, p. 65. *Bull. Soc. belge d'obstétrique*, 1896, p. 129, 1898, p. 9, 1901, p. 71.

JEANNEL. — Fibrome et septicémie, *Midi Médical*, Toulouse, 1892, p. 124.

KATZ. — Du sphacèle des fibromes utérins, thèse de Nancy, 1884.

KOLLMANN. — Bacteries dans utérus fibrom., *Münch. med. Woch.*, 1898, p. 140.

KRÜKENBERG. — Gangrène des myomes et grossesse, *Arch. f. Gynäk.*, XXXI, p. 166.

LABAT. — *Soc. anat.*, 1879, p. 683 ; 1880, p. 345.

LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes, 1895.

LAWSON Tait. — Danger de l'électrisation des myomes.

LEVER. — Fibromes suppurés, *Guy's hosp. Rep.*, 1842, v. III.

LEVRET. — *Mém. Acad. royale de chirurgie.*

LUROTH. — Ramollissement et putrescence de l'utérus, thèse de Strasbourg, 117.

— *Lyon Médical*, 20 décembre 1903.

MARTIN. — *Bull. Soc. belge d'obstétrique*, 1896.

— *Centralblatt für Gynäk.*, 1896, p. 419.

— Pronostic des fibromes, *Ann. gyn. et obstétrique*, 1898, p. 117.

MESLAY ET HYENNE. — Dégénérescence des fibromes, *Ann. gyn. et obstétrique*, 1898, p. 1.

MÉNIÈRE. — Fibromytis simple et suppurée, *Gaz. de gynécologie*, Paris, 1888.

MERNER. — De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins ; des dangers de leur extirpation partielle, thèse de Paris, 1883.

MILLIOT. — Complication des myomes, thèse de Paris, 1875.

NAUMANN (C.). — Myofibroma gngrenosum uteri, *Hygiea*, 1900, II, p. 399.

NICHOLSON AND EVANS. — *Brit. med. Journal*, 1895, p. 280.

ORTHMANN. — Fibrome suppuré avec perforation utérine, *Centralblatt. f. Gyn.*, 1886, p. 735.

PÉAN. — De la prétendue bénignité des fibromes utérins, *Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, 1893, p. 460.

PILLIET. — *Soc. anat.*, 1894, 5 janvier et 7 août. Développement inflammatoire des fibromes, *Soc. biol.*, 7 mars 1896.

PRÉVOT. — *Soc. méd. de la Suisse romande*, 1875, p. 110.

REBOUL. — *Bull. Soc. chirurgie*, 1898.

ROBERT. — Quelques accidents septiques dus à la présence de fibromes, thèse de Paris, 1885.

ROBSON. — Utérus avec fibrome infecté, *British Gyn.*, 1890, p. 249.

SAUGIER. — Gangrène d'utérus, thèse de Strasbourg, 1865.

SCHANENBÜRG. — Uber einen Fall von centraler Nekrose in einen Fibromyom, thèse de Zurich, 1892.

SCHWARTZ (Ed). — *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, séance du 6 juillet 1903, *Annales de gynécologie*, octobre 1903.

VAUTRIN. — *Ann. gynéc.*, 1898, II, p. 82. Sphacèle des fibromes. *Semaine gynécologique*, 1898, III, p. 297.

VERMULLEN. — Thèse de Lyon, 1902.

WHEATON. — Microcoques dans un fibrome suppuré, *Obst. Trans.*, London, 1892, p. 117.

WEISS. — Du sphacèle des fibromes utérins, *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1884, p. 291.

Lyon. — Imp. A. Storck et Cie, 8, rue de la Méditerranée